



University of Groningen

Oral medicine 9. Lichen planus en lichenoid afwijkingen van het mondslijmvlies.

van der Meij, E.H. ; Schepman, Kees-Pieter; de Visscher, J. G. A. M.

Published in:
Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde

DOI:
[10.5177/ntvt.2013.09.13135](https://doi.org/10.5177/ntvt.2013.09.13135)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2013

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van der Meij, E. H., Schepman, K-P., & de Visscher, J. G. A. M. (2013). Oral medicine 9. Lichen planus en lichenoid afwijkingen van het mondslijmvlies. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, 120(9), 477-482. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2013.09.13135>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Oral medicine 9. Lichen planus en lichenoid afwijkingen van het mondslijmvlies

Tandartsen-algemeen practici worden soms geconfronteerd met witte afwijkingen van het mondslijmvlies. De meest voorkomende witte mondafwijking is lichen planus. De diagnose kan vaak worden gesteld op basis van het klinisch beeld, maar wordt soms bemoeilijkt door bepaalde afwijkingen van het mondslijmvlies die klinisch lijken op orale lichen planus of door afwijkingen die niet zijn te onderscheiden van orale lichen planus, maar die een andere oorzaak hebben. In dergelijke situaties wordt gesproken van orale lichenoid laesies. Maligne onttaarding is bij alle vormen van orale lichen planus en lichenoid laesies beschreven. Er bestaan geen onderzoeken die maligne onttaarding kunnen voorspellen, dan wel voorkomen. Ook is geen onderzoek verricht naar de effectiviteit van frequente controles. Het lijkt verstandig, conform de huidige tendens in de onderzoeksliteratuur, patiënten zekerheidshalve jaarlijks te controleren. De controles kunnen verantwoord in de tandheelkundige praktijk plaatsvinden.

Meij EH van der, Schepman KP, Visscher JGAM de. Oral medicine 9. Lichen planus en lichenoid afwijkingen van het mondslijmvlies
Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 477-482
doi: 10.5177/ntvt.2013.09.13135

Inleiding

Tandartsen-algemeen practici worden soms geconfronteerd met witte afwijkingen van het mondslijmvlies. De meest voorkomende witte afwijking is orale lichen planus (OLP). Lichen planus is een immunologisch gemedieerde afwijking van huid en slijmvliezen. Diverse witte of deels witte afwijkingen van het mondslijmvlies kunnen klinisch gelijkenis vertonen met lichen planus, waardoor de klinische diagnose OLP niet altijd eenvoudig is te stellen. Daarnaast bestaat nog steeds onduidelijkheid over het mogelijk potentieel maligne karakter van lichen planus. Of een patiënt met OLP al dan niet moet worden geïnformeerd over de mogelijk verhoogde kans op het ontwikkelen van een maligniteit blijft vooralsnog discutabel. In deze bijdrage van de serie 'Oral medicine' zullen voornoemde aspecten worden besproken.

Epidemiologie

De prevalentie van lichen planus van de huid bedraagt ongeveer 1%. Voor de prevalentie van OLP worden percentages genoemd die variëren van 0,5 tot 2,2%. Bij ongeveer een derde deel van de patiënten met lichen planus van de huid komen ook manifestaties van lichen planus voor in de mondholte, echter niet noodzakelijkerwijs gelijktijdig. Van de patiënten met OLP ontwikkelt ongeveer 20% afwijkingen op de huid of de andere slijmvliezen, voornamelijk de genitale slijmvliezen en zelden de slokdarm. Lichen planus van de huid komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen;

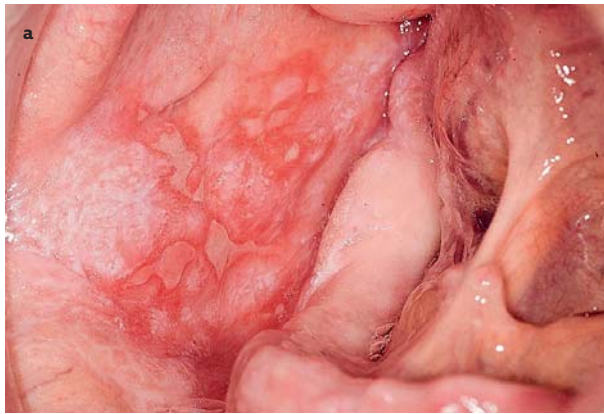


Afb. 1 a en b. Reticulaire lichen planus van het wangslimvlies beiderzijds.

de man-vrouw ratio bedraagt ongeveer 2:3. De man-vrouw-ratio voor OLP is ongeveer 1:2. Lichen planus kan op elke leeftijd voorkomen, maar wordt meestal gezien op middelbare leeftijd. Lichen planus bij kinderen onder de 10 jaar is zeldzaam.

Klinisch beeld

OLP wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van per definitie bilateraal voorkomende, multiële, min of meer symmetrische veranderingen van het mondslijmvlies. Het bekendste en het meest voorkomend is de reticulaire vorm die wordt gekenmerkt door fijne, witte, licht verheven lijntjes ('striae van Wickham') (afb. 1). Daarnaast kan OLP in een erosieve/ulceratieve vorm, plaquevorm en zeldzame bulleuze vorm voorkomen (afb. 2). De diverse vormen kunnen bij dezelfde patiënt gelijktijdig voorkomen en variëren in de tijd (afb. 3). De klinische aspecten van OLP met simultane genitale en/of cutane manifestaties verschillen niet van die van OLP zonder manifestaties elders in het lichaam (afb. 4) (Van der Waal et al, 2003). Voorkeurslokalisaties van OLP zijn het wangslimvlies, de gingiva, het dorsum van de tong, de tongranden en het lippenrood van de onderlip (afb. 5). OLP wordt zelden tot nooit gezien op



Afb. 2 a en b. Erosieve lichen planus van het wangslimvlies beiderzijds.



Afb. 3. Mengvorm van de reticulaire vorm en de erosieve vorm van lichen planus op het wangslimvlies.



Afb. 4. Lichen planus van de huid ter plaatse van de enkel.



Afb. 5. Erosieve lichen planus van de gingiva en de alveolaire mucosa in de bovenkaak links.

het palatum en in de mondbodem. De reticulaire vorm veroorzaakt meestal geen klachten. Klachten, bestaande uit pijn en een irriterend, branderig gevoel, komen vooral voor bij de erosieve/ulceratieve vorm. Het klachtenpatroon verloopt meestal met remissies en exacerbaties.

Niet zelden wordt de clinicus geconfronteerd met afwijkingen van het mondslijmvlies die klinisch lijken op OLP, maar waarbij het klassieke kenmerk van dubbelzijdig voorkomen niet of minder uitgesproken aanwezig is, of met afwijkingen die klinisch niet te onderscheiden zijn van OLP, maar die een andere oorzaak hebben. In dergelijke situaties wordt gesproken van orale lichenoidale laesies (OLL), waarbij 4 typen worden onderscheiden: 1. laesies ten

gevolge van contact met tandheelkundig restauratiemateriaal ('orale lichenoidale contactlaesies'), meestal amalgaam geassocieerd, 2. laesies gerelateerd aan geneesmiddelen, 3. laesies gerelateerd aan de graft-versus-hostziekte; en 4. niet-geclassificeerde laesies. Niet-geclassificeerde laesies betreffen bijvoorbeeld erythemateuze veranderingen van de gingiva zonder tekenen van 'klassieke' OLP elders van het mondslijmvlies (Al-Hashimi et al, 2007).

Morfologisch gezien zijn orale lichenoidale contactlaesies niet te onderscheiden van OLP. Het enige onderscheidende kenmerk is de directe topografische relatie van de slijmvliesafwijking met het mogelijk veroorzakende restauratiemateriaal. Orale lichenoidale laesies worden daarom vooral gezien op de tongranden en het wangslimvlies waar sprake is van direct contact tussen de mucosa en het restauratiemateriaal (afb. 6) (Issa et al, 2004).

In tegenstelling tot lichenoidale geneesmiddelenreacties van de huid komen deze in de mond zelden voor. Er zijn geen duidelijke klinische kenmerken die orale lichenoidale geneesmiddelenreacties betrouwbaar kunnen onderscheiden van OLP en andere OLL's. Lichenoidale geneesmiddelenreacties kunnen zich op ieder moment manifesteren, zelfs jaren na aanvang van de toediening van een geneesmiddel. De enige betrouwbare methode om een orale lichenoidale geneesmiddelenreactie te diagnosticeren is het vaststellen dat de slijmvliesafwijking verbetert na het stoppen van het middel en weer recidiveert nadat opnieuw met het gebruik van het middel is gestart. Omdat dit in de prak-



Afb. 6. a. Lichenöide contactlaesie van de linker tongrand veroorzaakt door de amalgaamrestauraties in de molaren van de onderkaak.



b. Lichenöide contactlaesie van het wangslimvlies bij dezelfde patiënt veroorzaakt door de amalgaamrestauratie aan de buccale zijde van de achterste molaar.

tijk meestal niet haalbaar is en zelfs nadelig voor de patiënt kan zijn, blijft de diagnostiek van orale lichenöide geneesmiddelenreacties problematisch. Bij sterke verdenking op een lichenöide geneesmiddelenreactie dient het staken van het verdachte geneesmiddel slechts te worden overwogen als een goed alternatief geneesmiddel voorhanden is (McCartan et al, 2003).

De graft-versus-hostziekte is de belangrijkste complicatie bij patiënten die een allogene hematopoëtische stamceltransplantatie hebben ondergaan. De acute vorm doet zich de eerste 100 dagen na de transplantatie voor, vanaf dag 100 wordt gesproken van een chronische vorm. Het klinisch beeld onderscheidt zich niet van OLP. De allogene stamceltransplantatie in de ziektegeschiedenis van de patiënt maakt het stellen van de diagnose meestal eenvoudig.

Etiologie

De oorzaak van OLP is onbekend. Zeer waarschijnlijk is het een auto-immuungemedieerde afwijking, met mogelijk een genetische predispositie, waarbij T-lymfocyten (voornamelijk cytotoxische T-cellen) een belangrijke rol spelen. Bij een minderheid van de patiënten lijken uitlokkende factoren zoals tandheelkundig restauratiemateriaal, geneesmiddelen, stress, erfelijkheid en infectieuze oorzaken een rol te spelen bij het ontstaan van de afwijkingen (Scully et al, 2000).

Tandheelkundig restauratiemateriaal

Tandheelkundige restauratiematerialen die vermoedelijk een rol spelen bij het ontstaan van orale lichenöide contactlaesies betreffen amalgaam, composiet, kobalt en goud (Issa et al, 2004). Van deze materialen is vooral amalgaam uitgebreid onderzocht als uitlokkende factor in de pathogenese van orale lichenöide contactlaesies. Een aantal auteurs heeft gesuggereerd dat sensibilisatie voor kwik, de belangrijkste component van een amalgaamlegering, de belangrijkste oorzaak is. Het zou gaan om een vertraagde overgevoelheidsreactie voor kwik (Thornhill et al, 2003). Ander onderzoek laat echter zien dat slechts weinig patiënten daadwerkelijk gesensibiliseerd zijn voor kwik (Scully et al, 2000). Verwijdering van de amalgaamrestauratie heeft daarom niet altijd een gunstig effect. Daarnaast

toonde een dierexperimenteel onderzoek dat kwik niet relevant is bij het ontstaan van orale lichenöide contactlaesies (Dunsche et al, 2003). Er is gesuggereerd dat orale lichenöide contactlaesies kunnen worden veroorzaakt door een immunologische of toxische reactie op plaque-accumulatie op het oppervlak van restauraties. De slijmvliesveranderingen zouden verdwijnen na verbetering van de mondhygiëne (Bäckman en Jontell, 2007).

Geneesmiddelen

De meest beschreven geneesmiddelen die OLL kunnen veroorzaken zijn de non-steroidal anti-inflammatoire drugs (NSAID's) en de angiotensine converterende enzymremmers (ACE-remmers). Daarnaast bestaat een uitgebreide lijst van geneesmiddelen die mogelijk zouden zijn geassocieerd met de afwijking (McCartan et al, 2003). Het merendeel van deze gegevens is gebaseerd op sporadische casuïstiek.

Stress

Hoewel onderzoek heeft aangetoond dat exacerbaties van zowel OLP als OLL zijn geassocieerd met verhoogde psychologische stress en angst, werd niet altijd een significant verband gevonden. Het is ook niet duidelijk of de waargenomen psychologische veranderingen moeten worden beschouwd als een etiologische factor of als een gevolg van de aanwezigheid van de slijmvliesafwijkingen.

Erfelijkheid

Er zijn aanwijzingen dat erfelijkheid een, weliswaar beperkte, rol speelt bij de pathogenese van OLP (Bermejo-Fenoll en Lopez-Jornet, 2006). Een relatie met 1 specifiek HLA-antigen is in families waarin meerdere gezinsleden OLP hadden, tot op heden niet gevonden (Porter et al, 1997).

Virussen

In een meta-analyse werd aangetoond dat 16% van de patiënten met OLP ook een hepatitis-C-virusinfectie heeft (Shengyuan et al, 2009). Deze associatie lijkt echter niet in alle landen even sterk aanwezig. In Noord-Europese landen zou deze associatie niet aanwezig zijn, terwijl in mediterrane landen, Japan en de Verenigde Staten hepa-

titis-C-virusinfecties juist vaak worden gezien bij deze patiënten. Ook andere virusinfecties zoals herpes virussen, hiv, humaan papillomavirus en andere hepatitisvirussen zouden mogelijk zijn geassocieerd met OLP (Lodi et al, 2005).

Diagnostiek

Histopathologisch onderzoek

In veel gevallen kan de diagnose OLP op grond van het klinisch beeld worden gesteld en kan een biopsie achterwege blijven. Wanneer het klinisch beeld niet of minder karakteristiek is en er sprake lijkt van een OLL moet bij afwezigheid van etiologische factoren zoals een topografische relatie met amalgaam, geneesmiddelengebruik of graft-versus-hostziekte, erythroleukoplakie in de klinische differentiële diagnose worden overwogen. Erythroleukoplakie betreft een deels rode en deels witte, vlakke verandering van het mondslijmvlies die niet als een andere definieerbare entiteit kan worden geduid. In een dergelijke situatie is het aan te bevelen een biopsie te verrichten. Niet zozeer om een onderscheid te maken tussen OLP en OLL, maar veeleer om epitheeldysplasie of zelfs een invasief plaveiselcelcarcinoom uit te sluiten of aan te tonen (Van der Waal, 2009).

De door de World Health Organization (WHO) in 1978 opgestelde histopathologische criteria voor OLP worden vooralsnog beschouwd als de 'gouden standaard' (Kramer, 1978). Het stellen van de histopathologische diagnose is echter veelal subjectief en onvoldoende reproduceerbaar, daarom is ook aandacht geboden voor de klinische aspecten van de klachten (Van der Meij et al, 1999).

De door Krutchkoff en Eisenberg geïntroduceerde term 'lichenoïde dysplasie' beschrijft de aanwezigheid van lichen planusachtige kenmerken in dysplastisch epitheel (Krutchkoff en Eisenberg, 1985). Het is van belang om zich te realiseren dat het hier niet gaat om de aanwezigheid van epitheeldysplasie bij OLP. De aanwezigheid van epitheeldysplasie sluit immers de diagnose OLP uit. In een dergelijke situatie dient de term erythroleukoplakie voor de klinische afwijking te worden gehanteerd. De term 'lichenoïde dysplasie' is zowel voor de clinicus als voor de patholoog verwarrend en dient daarom te worden vermeden.

Immunofluorescentie onderzoek

De waarde van direct immunofluorescentie-onderzoek is beperkt, maar kan behulpzaam zijn wanneer differentieel diagnostisch wordt gedacht aan vesiculobulleuze afwijkingen, zoals pemphigus vulgaris, slijmvliespemfigoïd of lineair IgA 'disease' (Anuradha et al, 2011). Direct immunofluorescentie-onderzoek bij OLP toont het beeld van een lineair patroon van positieve fluorescentie met antifibrinogeen ter hoogte van de basaalmembraan. Dit onderzoek lijkt geen toegevoegde waarde te hebben bij de diagnostiek van OLP.

Allergologisch onderzoek

De toegevoegde waarde van allergologisch onderzoek bij

de diagnostiek van vermoedelijk amalgaam geassocieerde OLL's is controversieel. Onderzoek naar de voorspellende waarde van epicutane allergietesten laat sterk variërende uitkomsten zien (Laeijendecker, 2005). Over het algemeen geeft de klinische bevinding van een directe anatomische relatie tussen de tandheelkundige restauratie en de laesie nog het meeste houvast. Vervanging van de restauratie garandeert echter geen verdwijning van de laesie.

Behandeling

Een curatieve behandeling van OLP en OLL is niet mogelijk. De diverse behandelmogelijkheden zijn dan ook gericht op het verminderen van klachten. Bij OLL zal in eerste instantie worden getracht de mogelijke oorzaak te elimineren. Gedacht kan worden aan het vervangen van een amalgaamrestauratie door een composietrestauratie bij verdenking op een orale lichenoid contactlaesie of het stopzetten van medicatie bij vermoeden van OLL door een geneesmiddel. Asymptomatische OLP en OLL behoeven geen behandeling. Wel dient door tandartsen aandacht te worden besteed aan factoren die het mondslijmvlies gemakkelijk kunnen irriteren, zoals ruwe tandheelkundige restauraties of een slecht zittende gebitsprothese. Daarnaast is het optimaliseren van een goede mondhygiëne belangrijk, voornamelijk bij patiënten met gingivamanifestaties als gevolg van de afwijkingen.

Voor verlichting van de klachten is het eerste middel van keuze een corticosteroïd. Vanwege de beperkte bijwerkingen zal meestal worden gestart met lokale toepassing in de vorm van een mondzalf of een spoel drank. De keuze wordt bepaald door de omvang van de laesies. Bij beperkte laesies kan worden gekozen voor een mondzalf. Spoel dranken worden toegepast bij multipiele, diffuse laesies of bij patiënten die moeite hebben met het lokaal appliceren van een mondzalf. Effect kan worden verwacht wanneer lokale corticosteroïden kortdurend, meestal enkele weken, meerdere keren worden gebruikt. Bij langduriger gebruik bestaat een grote kans op het ontwikkelen van een secundaire, meestal pseudomembraneuze, *Candida*-infectie. Sommige onderzoekers adviseren het gebruik van lokale corticosteroïden in de mondholte altijd te combineren met een antimycoticum. Bij therapieresistente OLP en OLL of in situaties waarbij naast de mondholte ook de huid, de genitaliën en de oesophagus zijn aangedaan, kan worden gekozen voor systemische behandeling met een corticosteroïd. Na een stootkuur prednison (80 mg gedurende 5 tot 10 dagen) kan de behandeling worden voortgezet met lokale corticosteroïden. De potentere immunosuppressiva en immunomodulerende middelen ciclosporine, tacrolimus en pimecrolimus worden beschouwd als middelen van tweede keuze bij de lokale symptomatische behandeling als met de lokale en/of systemische corticosteroïden niet het gewenste resultaat wordt bereikt.

Prognose en follow-up

Al enkele decennia is er een wetenschappelijke discussie gaande over het potentieel maligne karakter van lichen



Afb. 7. Een vrouwelijke patiënt is bekend met orale lichenoides laesies van het wangslimvlies beiderzijds en de tongranden (a t/m c). Op de rechter tongrand heeft zich een plaveiselcelcarcinoom ontwikkeld (d).

planus van het mondslijmvlies. In onderzoek, het merendeel van retrospectieve aard, wordt een maligne transformatiepercentage van gemiddeld 0,4% op jaarbasis gevonden (Van der Meij, 2002). Het hanteren van wisselende inclusiecriteria door de onderzoekers maakt vergelijking slechts tot op zekere hoogte mogelijk en veelal wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen OLP en OLL. Daarnaast worden vaak geselecteerde patiëntenpopulaties uit verwijsklinieken beschreven.

Hoewel maligne onttaarding bij alle vormen van OLP is beschreven, inclusief de reticulare vorm, bestaat de indruk dat onttaarding vaker voorkomt bij OLL (afb. 7). Daarnaast is het ontstaan van een maligniteit niet beperkt tot de plaats waar de klinisch zichtbare slijmvliesverandering aanwezig is. In het verleden werd daarom de term 'pre-maligne conditie' geïntroduceerd in plaats van 'pre-maligne laesie'. Tegenwoordig spreekt men van een 'potentieel maligne aandoening' (Warnakulasuriya et al, 2007).

Hoewel de kans op maligne onttaarding beperkt is, lijkt het toch verstandig de patiënt over dit aspect te informeren. In het internettijdperk zijn patiënten goed in staat zichzelf te informeren, maar is het voor de patiënt ondoenlijk om een onderscheid te maken tussen OLP en OLL. Bij achterwege laten van deze informatie kunnen in de toekomst, zeker wanneer maligne onttaarding daadwerkelijk optreedt, problemen ontstaan (Baart en Van der Waal, 2009).

Er bestaan geen onderzoekstechnieken en behandelingen die maligne onttaarding kunnen voorspellen dan wel

voorkomen. Het lijkt verstandig, conform de huidige tendens in de literatuur, patiënten zekerheidshalve jaarlijks te controleren. Bij regelmatige jaarlijkse tandheelkundige onderzoeken kunnen de controles verantwoord in de tandheelkundige praktijk plaatsvinden (Baart en Van der Waal, 2009). Bij patiënt en verwijzer moet worden benadrukt dat bij veranderd klinisch aspect, klachten zoals irritatie en pijn en/of twijfel laagdrempelige terugverwijzing naar de mondziekten-, kaak- en aangezichtschirurg mogelijk is.

Literatuur

- * Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103 (suppl 1): S25.e1-S25.e12.
- * Anuradha Ch, Malathi N, Anandan S, Magesh K. Current concepts of immunofluorescence in oral mucocutaneous diseases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2011; 15: 261-266.
- * Baart JA, Waal I van der. Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- * Bäckman K, Jontell M. Microbial-associated oral lichenoid reactions. *Oral Dis* 2007; 13: 402-406.
- * Bermejo-Fenoll A, López-Jornet P. Familial oral lichen planus: presentation of six families. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 102: e12-e15.
- * Dunsche A, Frank MP, Lüttges J, et al. Lichenoid reactions of murine mucosa associated with amalgam. *Br J Dermatol* 2003; 148: 741-748.
- * Issa Y, Brunton PA, Glenn AM, Duxbury AJ. Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systematic review. *Oral*

- Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004; 98: 553-565.
- * Kramer IR, Lucas RB, Pindborg JJ, Sobin LH. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978; 46: 518-539.
 - * Krutchkoff DJ, Eisenberg E. Lichenoid dysplasia: a distinct histopathologic entity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 60: 308-315.
 - * Laeijendecker R. Oral lichen planus. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2005. Academisch proefschrift.
 - * Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman PB, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 1. Viral infections and etiopathogenesis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100: 40-51.
 - * McCartan BE, McCreary CE, Healy CM. Studies of drug-induced lichenoid reactions: criteria for case selection. Oral Dis 2003; 9: 163-164.
 - * Meij EH van der, Reibel J, Slootweg PJ, Wal JE van der, Jong WF de, Waal I van der. Interobserver and intraobserver variability in the histologic assessment of oral lichen planus. J Oral Pathol Med 1999; 28: 274-277.
 - * Meij EH van der. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions. A clinicopathological study. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2002. Academisch proefschrift.
 - * Porter SR, Kirby A, Olsen I, Barrett W. Immunologic aspects of dermal and oral lichen planus: a review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 1997; 83: 358-366.
 - * Scully C, Eisen D, Carrozzo M. Management of oral lichen planus. Am J Clin Dermatol 2000; 1: 287-306.
 - * Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. Arch Dermatol 2009; 145: 1040-1047.
 - * Thornhill MH, Pemberton MN, Simmons RK, Theaker ED. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003; 95: 291-299.
 - * Waal I van der, Kwast WAM van der, Wal JE van der. Pathologie van de mondholte. Klinische, röntgenologische, histopathologische en therapeutische aspecten van de meest voorkomende aandoeningen in de mond. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
 - * Waal I van der. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. Med Oral Patol Oral Cir Buccal 2009; 14: E310-314.
 - * Warnakulasuriya S, Johnson NW, Waal I van der. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. J Oral Pathol Med 2007; 36: 575-580.

Summary

Oral medicine 9. Lichen planus and lichenoid lesions of the oral mucosa

The general dentist is sometimes confronted with white lesions of the oral mucosa. Oral lichen planus is the most common oral white lesion. The diagnosis can usually be made on the basis of the clinical aspect, but is sometimes made more difficult by certain abnormalities in the oral mucosa which clinically resemble oral lichen planus or by abnormalities which cannot be distinguished from oral lichen planus but have a different origin. Those lesions are classified as oral lichenoid lesions. Malignant deterioration has been described in all forms of oral lichen planus lesions and oral lichenoid lesions. There is no known method to predict or prevent malignant transformation. Nor are there any studies examining the efficacy of frequent follow-up visits. It seems sensible, in keeping with the tendency in recent literature, to schedule annual check-ups for patients to be on the safe side. These follow-up visits may reasonably be performed in a general dental practice.

Bron

E.H. van der Meij¹, K.P. Schepman², J.G.A.M. de Visscher¹

Uit ¹de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, Medisch Centrum Leeuwarden en ²de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Adres: dr. E.H. van der Meij, Medisch Centrum Leeuwarden, postbus 888, 8901 BR Leeuwarden

erik.van.der.meij@znb.nl

Dankwoord

De auteurs danken de fotografen van het Medisch Centrum Leeuwarden voor de zorg die zij aan de afbeeldingen hebben besteed.